

Irene Iglesias Pérez



Universidad de Oviedo

GRADO EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FIN DE GRADO
2023/2024

Título: Abordaje psicológico de las conductas autolesivas no suicidas en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura

Autor: Irene Iglesias Pérez

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

(De acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)

D/Dña. Irene Iglesias Pérez, estudiante del Grado en Psicología de la Facultad de Psicología,

DECLARO QUE:

El Trabajo Fin de Grado titulado: “Abordaje psicológico de las conductas autolesivas no suicidas en el trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática” que presento para su exposición y defensa, es original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía

En Avilés, a 28 de mayo de 2024

Firmado: *Irene Iglesias Pérez*

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	4
Resumen	6
Palabras clave	6
Abstract	6
Keywords	6
Introducción	7
Trastornos de la personalidad y trastorno límite de la personalidad	8
Etiología del trastorno límite de la personalidad	10
Prevalencia del trastorno límite de la personalidad	11
Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad	12
Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida	15
Prevalencia de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida	17
Trastorno límite de la personalidad y conductas autolesivas no suicidas	20
Funcionalidad de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida en el trastorno límite de la personalidad	23
Elementos diagnósticos en el trastorno límite de la personalidad y las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida	26
Intervención psicoterapéutica	30
Conclusiones	40
Referencias	43

LISTA DE ABREVIATURAS

- APA: Asociación Americana de Psiquiatría
- TP: Trastorno de Personalidad
- TLP: Trastorno Límite de la Personalidad (BPD: Borderline Personality Disorder)
- NSSI: Non Suicidal Self-Injury (Autolesión No Suicida)
- CS: Conducta Suicida
- DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 4ª edición.
- DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). 5ª edición.
- ICD-11/CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª edición.
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV (Entrevista Clínica Estructurada para el eje II del DSM-IV)
- DIB-R: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (Entrevista Clínica semiestructurada)
- DASS-21: Depression, Anxiety, Stress Scale (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés)
- BIS: Escala de Impulsividad de Barrat (Barrat Impulsiveness Scale)
- BPQ: Borderline Personality Questionnaire (Cuestionario de la Personalidad Límite)
- MSI-BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder
- PDQ-4+: Personality Diagnostic Questionnaire (Cuestionario de Personalidad)
- SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire
- SHI: Self-Harm Inventory (Cuestionario de autolesiones)
- ISAS: Inventory of Statements About Self-injury
- DBT: Dialectical Behavior Therapy (TDC: Terapia Dialéctico Conductual)
- MBT: Mental Based Therapy (Terapia basada en la Mentalización)
- TFP: Transference-Focused Psychotherapy

- STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving
- SBT: Schema-Based Therapy (Terapia basada en esquemas)

Resumen: El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un problema psicopatológico caracterizado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, labilidad emocional, sentimientos crónicos de vacío, miedo al abandono, marcada impulsividad, déficits en la autorregulación emocional y conductas autolesivas no suicidas (NSSI) entre otras características. Estas conductas constituyen, además de los criterios diagnósticos de dicho trastorno, un importante problema de salud debido a la alta y creciente prevalencia en la sociedad actual. En el presente trabajo se realiza una revisión de la literatura científica para estudiar la eficacia de la psicoterapia para abordar las NSSI en las personas diagnosticadas con TLP. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos, tales como PsycINFO, Dialnet, Scopus WOS, Google Scholar y en determinadas revistas específicas con artículos referenciados. Las palabras clave para realizar dichas búsquedas fueron “*borderline personality disorder or bpd*”, “*personality disorders*”, “*treatment or intervention or psychotherapy*”, “*NSSI or non-suicidal self injury or non suicidal self harm*”. Las psicoterapias basadas en principios cognitivo-conductuales y las psicoterapias psicodinámicas han sido las más estudiadas.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, tratamiento psicológico, psicoterapia, NSSI, conductas autolesivas no suicidas, revisión sistemática.

Abstract: Borderline personality disorder (BPD) is a psychopathological problem characterized by instability in interpersonal relationships, emotional lability, chronic feelings of emptiness, fear of abandonment, marked impulsivity, deficits in emotional self-regulation and non-suicidal self-injurious behaviors (NSSI) among other characteristics. These behaviors constitute, in addition to the diagnostic criteria of this disorder, an important health problem due to the high and increasing prevalence in today's society. This paper will describe the effectiveness of the different psychotherapies studied to address NSSI in people with BPD, being psychotherapies based on cognitive-behavioral principles and psychodynamic psychotherapies the most studied.

Keywords: Borderline personality disorder (BPD), psychological treatment, psychotherapy, NSSI, non-suicidal self-injurious behaviors.

INTRODUCCIÓN

El concepto de personalidad se define como la forma que tiene una persona para sentir, percibir y comportarse de manera estable durante el transcurso del tiempo. El DSM-5-TR (APA, 2022) define los rasgos de personalidad como patrones comportamentales de interacción con uno mismo y con el entorno perdurables en el tiempo y extrapolables a diversos contextos. Bajo esta perspectiva, se considera que los diversos estilos de personalidad son las tendencias que presenta el individuo a comportarse de determinada manera ante una situación, teniendo la capacidad de modular las respuestas de manera funcional para adecuarlas al contexto específico.

Considerando la personalidad como un continuo, las personalidades funcionales estarían en el intervalo de la normalidad, mientras que los trastornos de personalidad estarían en el rango de la psicopatología. La personalidad patológica también se presenta como patrones estables e inflexibles de comportamiento a lo largo del tiempo, pero las personas interactúan de manera disfuncional tanto consigo mismos como con el entorno, generando patrones de conducta desadaptativos y gran malestar emocional.

Dentro de los trastornos de personalidad, el trabajo se centrará en el trastorno límite de la personalidad (TLP), especialmente en el abordaje de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (*NSSI*). Estas tienen gran relevancia en la clínica que experimenta la persona, además de generar un importante impacto social debido a la alta prevalencia.

Históricamente, Stern y Knight fueron los precursores del término “*borderline*”, el cual hacía referencia a los individuos cuyas dinámicas comportamentales oscilaban entre la neurosis y los trastornos esquizofrénicos (Stern, 1938; Knight, 1953; Leichsenring et al., 2024). Posteriormente, Kernberg introdujo el término organización límite de la personalidad, en relación a las personas que presentaban patrones relacionales perturbadores, difusión de la identidad o mecanismos de defensa primitivos entre otras características (Kernberg, 1967; Leichsenring et al., 2024). En la misma línea de investigación, estudios como el realizado por Grinker y colaboradores sirvieron para delimitar cuatro características que presentaban las personas con “síndrome límite”: ira, deterioro en las relaciones interpersonales, problemas de identidad y soledad depresiva (Grinker et al., 1968; Leichsenring et al., 2024).

Este concepto de “organización límite de la personalidad” junto con estudios realizados por Spitzer y otros autores e investigaciones de Gunderson y colaboradores,

sirvieron para introducir en 1980 el trastorno límite de la personalidad en el DSM-III (Leichsenring et al., 2024).

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (TP) Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR (APA, 2022), un trastorno de personalidad (TP) se define como un patrón perdurable de sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia los demás que se manifiestan de manera inflexible, generando malestar personal y ocasionando un deterioro de las relaciones interpersonales y, en consecuencia, de los rendimientos sociales. El manual diagnóstico mantiene un enfoque categorial con respecto a la clasificación de los diferentes trastornos de personalidad, estableciendo diez categorías agrupadas en tres clústeres o grupos diferentes: A, B y C (Alberdi Páramo, 2020).

Dentro del clúster A se encontrarían las personalidades con rasgos más “excéntricos” y “raros”, incluyendo los TP esquizoide, esquizotípico y paranoide. En el clúster B estarían las personalidades con rasgos más “dramáticos” o “emotivos”, incluyendo los TP antisocial, histriónico, narcisista y el que abordaremos a lo largo de este trabajo, el TLP. Por último, en el clúster C se encontrarían las personalidades “ansiosas” y “temerosas”, incluyendo los TP evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. En la actualidad, los TP constituyen una de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia (Artola, Solórzano, & Matamoros, 2020)

Uno de los trastornos de personalidad más estudiados debido a su alta prevalencia y comorbilidad es el trastorno límite de la personalidad, con una prevalencia del 2% al 6% en la población general (Artola et al., 2020), del 9% en población psiquiátrica ambulatoria y del 20% en población psiquiátrica hospitalizada (APA, 2014; Gross et al., 2002; Tyrer et al., 2015; Alberdi Páramo, 2020). Con respecto a su prevalencia en relación al resto de trastornos de la personalidad, alcanza un 26% (Skodol, 2005; Alberdi Páramo, 2020).

Como se ha expuesto con anterioridad, este trastorno forma parte del grupo B de los trastornos generales de la personalidad, donde predominan los rasgos de personalidad “dramáticos” y “emotivos”. Los criterios diagnósticos del TLP establecidos en el DSM-5-TR incluyen como “rasgos de carácter” los expuestos a continuación (APA, 2022):

- Esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado (Criterio 1).
- Patrón de relaciones interpersonales inestables que oscila entre la idealización y la devaluación (Criterio 2).
- Alteración de la identidad caracterizada por una inestabilidad intensa y perdurable del sentido del yo y de la autoimagen (Criterio 3).
- La impulsividad. Se debe reflejar en dos o más áreas de la vida cotidiana, alterando la funcionalidad personal: gastos económicos, conductas sexuales de riesgo, conducción temeraria, conductas alimentarias disfuncionales como por ejemplo los atracones (Criterio 4).
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, conductas suicidas o conductas autolesivas (Criterio 5).
- Inestabilidad afectiva provocada por una reactividad del estado de ánimo (episodios intensos de irritabilidad, ansiedad o disforia que pueden perdurar a lo largo de los días). La variabilidad de estos episodios es cuantitativamente mayor que en el promedio de la población “sana” (Criterio 6).
- Sensación crónica de vacío (Criterio 7).
- Respuestas emocionales desproporcionadas de ira y enfado en relación al contexto. El sujeto pierde el control voluntario de sus propias reacciones emotivas (Criterio 8).
- Ideas paranoides transitorias, episodios micropsicóticos o sintomatología disociativa grave, sobre todo durante situaciones estresantes y afectivas intensas (Criterio 9).

Estos nueve criterios constituyen la perspectiva actual y se establecen dentro de las cuatro esferas psicopatológicas del TLP (Gunderson et al., 2018): la esfera interpersonal (criterios 1 y 2), la esfera comportamental (criterios 4 y 5), la esfera afectiva (criterios 6, 7 y 8) y la esfera cognitiva (criterios 3 y 9).

La esfera cognitiva y la esfera afectiva hacen referencia a las vivencias internas de la persona con TLP mientras que la esfera interpersonal y la esfera comportamental se relacionan con las vivencias externas del sujeto con dicha patología (Alberdi-Páramo et al., 2021).

Patrones persistentes de inestabilidad, junto con reacciones impulsivas y hostiles tanto hacia sí mismos como hacia otros y dificultades en la gestión de las relaciones interpersonales son elementos claves en las personas diagnosticadas con TLP (Gunderson et al., 2018; Leichsenring et al., 2011; Alberdi-Páramo, 2020). Estas características repercuten en la aparición y recurrencia de las NSSI y de intentos autolíticos, lo que reafirma que las conductas autolesivas son un elemento clave en la clínica de las personas con trastorno límite.

Dentro del Trastorno límite, existen dos categorías: el de tipo impulsivo o el de tipo “*borderline*” o límite (Rangel-Rodríguez et al., 2021). Con respecto a los criterios diagnósticos del trastorno límite tipo impulsivo, además de cumplir los criterios generales de los trastornos de personalidad, al menos dos de los siguientes criterios deben ser cumplidos:

- a) Predisposición a actuar de forma impulsiva sin pensar en las consecuencias.
- b) Conflictos interpersonales frecuentes, especialmente cuando se les lleva la contraria.
- c) Dificultad para el autocontrol, además de ataques de ira.
- d) Dificultad para comprometerse con actividades de las cuales no obtienen una recompensa inmediata.
- e) Estado de ánimo inestable y caprichoso.

En relación a los criterios diagnósticos del trastorno límite tipo “*borderline*”, al menos tres de los siguientes rasgos se deben cumplir:

- a) Alteraciones acerca de la autoimagen.
- b) Relaciones interpersonales inestables y tormentosas.
- c) Esfuerzos intensos por evitar ser abandonado.
- d) Amenazas o actos agresivos hacia sí mismo.
- e) Sensación crónica de vacío.

ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Como sostienen Bassir Nia et al. (2018), el desarrollo del trastorno límite de la personalidad presenta una etiología multifactorial, debido a una confluencia de factores conductuales y psicológicos, sociales e interpersonales y biológicos. En la misma línea, estudios como el realizado por Vanegas Pérez y colaboradores entienden el TLP desde una perspectiva biopsicosocial, en la que la desregulación emocional característica de

las personas que presentan dicha psicopatología se debe a la confluencia de la vulnerabilidad biológica individual y a un ambiente invalidante o vivencias traumáticas durante la infancia que no han sido integradas correctamente. Es la interacción del individuo con los factores ambientales lo que determina no sólo el desarrollo de esta personalidad patológica, sino también la gravedad de la misma (Vanegas Pérez et al., 2017).

Numerosos artículos refieren una estrecha relación entre las experiencias traumáticas vividas en la infancia, y la patología psiquiátrica, especialmente en el TLP, favoreciendo además la futura aparición de conductas autolesivas (Devries et al., 2014; Hardt et al., 2015; Alberdi-Páramo, 2020). Situaciones de abuso físico y sexual, abandono, separación traumática de los padres o pérdida de uno de los progenitores, serían entre otros, elementos predisponentes para posteriormente desarrollar el Trastorno límite de la personalidad (Bassir Nia et al., 2018).

La confluencia de factores genéticos también juega un papel importante en el desarrollo de esta psicopatología, considerando como factor de riesgo que los familiares de primer grado sufran TLP, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de la personalidad antisocial o trastorno depresivo o bipolar (Rangel-Rodríguez et al., 2021). A pesar de esto, es importante destacar que la predisposición genética por sí sola no es suficiente para el desarrollo del TLP, debido a la existencia de factores protectores que lo contengan (Patino, 2023).

PREVALENCIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En relación con la prevalencia que presenta el TLP, estudios como el realizado por Artola y colaboradores, citado anteriormente, exponen que entre el 2% y el 6% de la población general está afectada por esta psicopatología (Artola et al., 2020).

Estudios como el realizado por Leichsenring y colaboradores muestran las prevalencias que alcanza el TLP en atención primaria, pacientes psiquiátricos ambulatorios y pacientes psiquiátricos hospitalizados, siendo del 6%, 11-12% y 22% respectivamente. (Leichsenring et al., 2024)

Por otro lado, si nos centramos en prevalencias en función de los grupos de edad, estudios como el realizado por Buelens y colaboradores muestran cómo en la adolescencia tardía se alcanzan prevalencias de entre el 2% y el 3,2% en muestras comunitarias, el 11% en adolescentes ambulatorios y entre el 33% y el 49% en adolescentes hospitalizados (Buelens et al., 2020).

Con respecto a la distinción de prevalencias en función del género, el DSM-5-TR recoge que el 75% de las personas diagnosticadas con TLP en población clínica son mujeres. No aparecen diferencias significativas en la población general (APA, 2022).

La comorbilidad del TLP con respecto a otros trastornos psiquiátricos varía en función del género, alcanzando las mujeres con TLP prevalencias más altas en trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, TCA y TEPT, mientras que trastornos por abuso de sustancias y el trastorno antisocial de la personalidad son más frecuentes en hombres con TLP (Leichsenring et al., 2024)

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El diagnóstico del TLP constituye un problema de salud pública, que conlleva un grado de desadaptación psicosocial importante. El enfoque categorial bajo el que se diagnostica a las personas con dicha psicopatología, ha sido y sigue siendo objeto de diversas críticas puesto que los cambios del modelo DSM-IV al DSM-V en relación a los trastornos de la personalidad han sido reducidos.

Para que una persona sea diagnosticada según esta perspectiva, debe cumplir la mitad de los criterios diagnósticos más uno, con independencia de cuáles sean estos, lo que implica que no todos los pacientes diagnosticados con la misma patología tienen por qué cumplir los mismos criterios. Esto se conoce como la heterogeneidad de un mismo diagnóstico categorial, que hace referencia a las personas diagnosticadas con TLP en este caso, pero con cuadros sintomatológicos diferentes.

El resultado es el desarrollo de “subtipos” para un mismo diagnóstico categorial de trastornos de personalidad. Asimismo, el diagnóstico no es sencillo debido a los límites arbitrarios existentes entre los diferentes trastornos de personalidad y a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Diferentes estudios muestran las tasas de comorbilidad de los trastornos de personalidad, en particular del TLP, con respecto a otra psicopatología, alcanzando prevalencias del 85% (Alberdi Páramo, 2020).

Como sostiene el manual, este sistema de clasificación de los trastornos de la personalidad, aunque útil, presenta limitaciones por las cuales no ha sido validado de manera consistente (Gamba et al., 2020).

La falta de consenso entre los profesionales de la salud mental y los métodos diagnósticos utilizados para la evaluación y el diagnóstico del TLP constituye en la actualidad un problema aún sin resolver (Alberdi Páramo, 2020).

Para solventar las dificultades que presenta el enfoque categorial, múltiples autores abogan por una perspectiva dimensional de los trastornos de la personalidad, enfocada en los rasgos particulares, en la intensidad con la que se manifiestan y en la propia experiencia del paciente con el fin de ofrecer una mejor calidad en la intervención (Gamba et al., 2020).

Bajo esta perspectiva, los trastornos de la personalidad se pueden entender como variantes patológicas de la personalidad normal, caracterizados por un exceso o por un defecto de los elementos que la componen, y que se forjan en la interacción de los rasgos particulares con la influencia que ejerce el ambiente. Como sostienen Gamba y colaboradores, a pesar de no contar con un modelo dimensional conformado capaz de dar respuesta a los conflictos clínicos, esta perspectiva visibiliza la importancia de realizar una conceptualización más ajustada de la forma en la que la persona experimenta ese sufrimiento, promoviendo una escucha más activa y empática (Gamba et al., 2020).

El modelo dimensional alternativo para el TLP que recoge el DSM-5-TR (APA,2022) requiere que la persona presente un deterioro funcional moderado o grave de la personalidad extrapolable a diferentes contextos y estable en el tiempo. Esto implica que el individuo debe presentar dificultades en al menos dos de las siguientes áreas: autoimagen inestable, escasa autodirección, dificultad para empatizar y relaciones interpersonales conflictivas, además de presentar al menos cuatro de los siete rasgos expresados a continuación, teniendo que ser al menos uno de ellos impulsividad, asunción de riesgos u hostilidad: labilidad emocional, ansiedad, inseguridad en la separación, depresión, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad (Leichsenring et al., 2024).

De la misma manera, en la CIE-11 el sistema diagnóstico para el TLP se basa en un enfoque dimensional similar al modelo dimensional alternativo del DSM-5-TR (APA,2022), en donde el profesional debe examinar el patrón límite del individuo y conceptualizarlo en función de la gravedad del mismo en tres niveles diferentes: “leve”, “moderado” o “grave”. Permite además describir la clínica del sujeto en cinco áreas: afectividad negativa, desapego, disocialidad, desinhibición y anakastia (Leichsenring et al., 2024).

Por otro lado, el Modelo de Cinco factores es uno de los principales modelos en relación al estudio de la personalidad. Diferencia entre rasgos generales y rasgos específicos estableciendo cinco dimensiones de la personalidad que a su vez están

compuestas por diferentes facetas entrelazadas desde un enfoque dimensional (Patino, 2023). El manual diagnóstico DSM-V- TR (APA, 2022) propone el MATP (Modelo alternativo de trastornos de la personalidad), bajo una perspectiva diagnóstica dimensional, en donde la identificación de elevaciones en determinadas facetas de la personalidad indica la existencia de un posible trastorno de la personalidad. Según este modelo, para diagnosticar a una persona con TLP es necesario que haya una elevación en cuatro o más de los siguientes rasgos: labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad, siendo necesario que al menos uno de los tres últimos rasgos esté elevado para realizar el diagnóstico.

En la actualidad, el TLP se diagnostica en la edad adulta, por lo general antes de los 40 años, y a pesar de que el curso de la patología es variable, la mayor parte de los pacientes experimentan un descenso de las conductas autolesivas e impulsivas a partir de la mediana edad. Las personas con TLP que presenten rasgos marcados de impulsividad, agresividad o rasgos de personalidad comórbidos tienden a tener un peor pronóstico en relación a las NSSI y a la CS que resto de subgrupos (Grilo et al., 2004; Valdés, 2015; Alberdi-Páramo, 2020).

Durante años el diagnóstico de esta patología fue inespecífico, utilizándose a menudo como “diagnóstico paraguas” (Blais et al., 2018). Elementos como los cambios radicales del estado de ánimo caracterizados por episodios tanto de afecto positivo como de afecto negativo, que manifiesta el paciente con TLP en relación a las personas de su entorno serían un elemento clave para realizar un diagnóstico distintivo. Estas personas experimentan cambios repentinos con respecto a la visión de los demás, oscilando entre la idealización y la devaluación. Esto se conoce como “amnesia afectiva” (APA, 2014).

Otros rasgos que diferencian el trastorno de la personalidad limítrofe de los trastornos de la personalidad histriónica, narcisista o dependiente son la inestabilidad en relación a la propia identidad del sujeto y las conductas autolesivas o suicidas crónicas, poco recurrentes en estos últimos, pero con una prevalencia elevada en el TLP (Blais et al., 2018).

Además de tener en cuenta dichas conductas, para realizar el diagnóstico de un paciente con TLP es esencial tener en cuenta las influencias biológicas, sociales, culturales y familiares a las que está expuesto. Elementos como una línea del tiempo de los momentos vitales importantes de la vida del paciente, acompañada de la entrevista clínica donde se obtendrá información crucial acerca de los patrones adaptativos del

paciente, son de clara ayuda a la hora de establecer un diagnóstico fiable (Artola et al., 2020).

La entrevista en cuestión debe ser longitudinal, lo que permitirá evaluar el grado de disfunción del paciente en diversas áreas de su vida: escolar, familiar, profesional, gestión de relaciones amorosas, interacción entre iguales y la gestión de las interacciones con figuras de autoridad (Hopwood, 2018).

Es importante también realizar una evaluación psicológica del estado mental de la persona, que puede incluir el uso de test psicológicos y un examen físico, teniendo siempre presente el historial clínico previo del cliente, además de contrastar la información proporcionada por él mismo con la visión de alguien de su entorno cercano.

CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA

Como se ha expuesto en los apartados previos, un elevado porcentaje de las personas que sufren TLP, suelen llevar a cabo conductas autolesivas con o sin intencionalidad suicida. Particularmente, nos centraremos en el abordaje de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (*NSSI*) asociadas al TLP.

El término “Autolesión no suicida”, hace referencia a la lesión directa, intencionada y socialmente inaceptable del propio tejido corporal sin intención suicida. Dicha conducta está orientada a aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo o simplemente para conseguir un estado de ánimo positivo (APA, 2022).

A pesar de las semejanzas entre las *NSSI* y la CS, el elemento distintivo esencial entre ambos es la intencionalidad con la que se lleva a cabo la conducta, además de la letalidad y la frecuencia con las que se realizan, así como se recoge en el DSM-5-TR (APA, 2022). No obstante, a menudo ocurren de forma concurrente en personas con Trastorno límite de la personalidad en particular, además de en otras psicopatologías (Alberdi-Páramo et al., 2021).

Estas autolesiones condicionan de manera funcional la vida de las personas, ocasionando un impacto inmediato y cortoplacista, además de poder actuar como puerta de entrada para llevar a cabo planes de suicidio a corto y medio plazo (Arensman et al., 2018; Geulayov et al., 2019).

El DSM-5 (APA, 2014) incluye el término “Autolesión no suicida” (*NSSI*) en el apartado de “Afecciones que necesitan más estudio”, de la misma manera que las “Conductas Suicidas” (CS), pero dedicándoles capítulos diferentes (Alberdi Páramo,

2020). Hasta entonces, las *NSSI* únicamente se habían relacionado con el trastorno límite de la personalidad, siendo ese tipo de conductas un elemento prototípico y criterio diagnóstico del TLP (Buelens et al., 2020).

Los criterios diagnósticos recogidos en el manual diagnóstico (DSM-5-TR) que hacen referencia a las *NSSI* son los siguientes (APA, 2022):

- A. Actos autoinfringidos que tienen la intención de ocasionar un daño físico leve o moderado en la persona, mediante la destrucción del tejido corporal, con una frecuencia mínima de cinco días en el último año. Las *NSSI* no tienen por objetivo causar la muerte de la persona.
- B. Al menos uno de los siguientes debe de estar presente antes de que ocurran las *NSSI*:
 - Sentimientos o pensamientos negativos (ansiedad, angustia, ira, aflicción generalizada o auto-crítica).
 - Preocupación por la conducta autolesiva planificada difícil de controlar o resistir.
 - Pensamientos frecuentes de *NSSI*, incluso si no se actúa en consecuencia.
- C. Las *NSSI* se realizan con el fin de que al menos una de las siguientes ocurra después. La persona anticipa que ya sea durante o inmediatamente después de la conducta habrá:
 - Alivio de pensamientos o sentimientos negativos.
 - Resolución de un problema interpersonal.
 - Inducción de un estado positivo.
- D. Tanto la conducta como las consecuencias ocasionan en la persona un malestar clínicamente significativo interfiriendo así en diferentes áreas de su vida: social, laboral, académica.
- E. El comportamiento no sancionado por la sociedad como tatuajes, piercings o perforaciones corporales quedan excluidos, así como el daño autoinfringido en un contexto cultural o religioso determinado o comportamientos comunes y triviales como morderse las uñas o arrancarse costras.

- F. La conducta no ocurre exclusivamente en casos de psicosis, delirio, intoxicación, síndrome confusional o abstinencia de sustancias y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental o condición médica.

Las manifestaciones de las *NSSI* pueden ser cortes superficiales en el cuerpo, quemaduras, golpes, *skin carving*, introducción de objetos subdérmicos o automutilaciones entre otras. Con respecto a estas últimas, los elementos utilizados más comunes suelen ser cuchillas de afeitar, cuchillos o cristales rotos, siendo las extremidades, y en específico los antebrazos, las partes del cuerpo más deterioradas por estas conductas (Pape et al., 2023).

La concepción de las *NSSI* ha ido evolucionando a lo largo de las décadas, habiendo sido directamente relacionadas en los años 70 con personas que sufrían algún tipo de incapacidad psíquica ocasionada por traumas de la infancia. En los 90 se amplió la visión que englobaba las *NSSI*, constatando casos en pacientes funcionales y aumentando la prevalencia de estas entre la población adolescente. Este tipo de conductas generaron a lo largo de la década de los 2000 un problema de salud pública y por lo tanto una demanda que derivó en la ampliación y la especialización de líneas de investigación en relación a las conductas autolesivas no suicidas (Faura-García et al., 2021).

PREVALENCIA DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA

En la actualidad, el número de casos relacionados con las *NSSI* sigue aumentando de manera significativa, consolidándose así, como un problema global de salud pública, con una prevalencia de entre el 4% y el 10% en la población general. Las *NSSI* son conductas complejas y multifactoriales que ocurren en diversos tipos de poblaciones y rangos de edad, siendo en particular la población adolescente donde, además de iniciarse dichas conductas, las cifras se elevan de manera alarmante (Alberdi-Páramo, 2020). Vega y colaboradores respaldan estas afirmaciones con estudios que visibilizan las prevalencias de las *NSSI* recurrentes (cinco o más episodios a lo largo del ciclo vital): 13%-45% en muestras de adolescentes y 17%-38% entre estudiantes universitarios (Vega et al., 2017).

Estudios como el realizado por Reichl y colaboradores muestran la prevalencia de las conductas autolesivas en la población general, alcanzando el 17% en la población adolescente y el 6% en la población adulta (Reichl et al., 2021). Con el paso del tiempo,

a medida que la edad de la persona aumenta, la frecuencia de las *NSSI* tiende a disminuir (Andrewes et al., 2017; Alberdi Páramo, 2020).

El inicio de las *NSSI* suele ser entre los 12 y los 14 años, con una prevalencia mayor en población clínica pero aun así presentes en adolescentes sin patología mental con baja autoestima, concepción negativa de sí mismos y alta autocrítica (Suárez-Colorado et al., 2023).

En relación a los grupos de edad, las *NSSI* son conductas más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, alcanzando prevalencias que oscilan entre el 7% y el 16% (Hawton et al., 2016). Concretamente, las mujeres de entre 15 y 19 años y los varones de entre 20 y 24 años son considerados los grupos sociales de mayor vulnerabilidad en relación a las *NSSI* (Bennardi et al., 2016; Alberdi-Páramo, 2020). Con respecto a la prevalencia de las *NSSI* en función del sexo, el estudio realizado por Buelens y colaboradores muestra mayores tasas de prevalencia de *NSSI* en mujeres (Buelens et al., 2020).

Este mismo estudio, diferencia también entre las prevalencias de las *NSSI* en muestras comunitarias y clínicas, alcanzando las primeras unos porcentajes del 17'2% en adolescentes, 13'4% en adultos jóvenes y 5'5% en población adulta. Las prevalencias de las *NSSI* a lo largo de la vida en muestras clínicas alcanzan el 60% en la adolescencia, y entre el 65-80% en población adulta. La población con patología psiquiátrica presenta una mayor probabilidad de realizar conductas autolesivas sin intencionalidad suicida, siendo los trastornos de personalidad entre otros, los que mayor comorbilidad presentan en relación a las *NSSI* (Buelens et al., 2020).

Los factores de riesgo relacionados con las *NSSI* pueden ser de origen interno, haciendo referencia a las dificultades que presenta la persona para gestionar los conflictos interpersonales, o de origen externo. Estos últimos están estrechamente relacionados con experiencias adversas en la infancia, como pueden ser traumas de abandono, experiencias de abuso sexual, ausencia de soporte emocional por parte de los progenitores o casos de violencia familiar (Alberdi-Páramo, 2020). La infancia es el periodo vital donde se conforma la personalidad, por lo que las personas que hayan sufrido este tipo de experiencias traumáticas tendrán una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas autodestructivas (Alberdi-Páramo, 2020).

El modelado y las dinámicas relacionales negativas que establece la persona con su entorno y con el grupo de iguales también ejercen una gran influencia en la conducta autolesiva, deteriorando la esfera psicosocial de la persona. En relación a los factores de

riesgo de carácter interno, además de la capacidad que presenta la persona para gestionar sus propias emociones, la presencia de estados cognitivos negativos, sintomatología depresiva, estados de conciencia disociados o impulsividad son habituales entre las personas que realizan este tipo de conductas. (Tarragona-Medina et al., 2018; Alberdi Páramo, 2020).

Un mayor número de emociones negativas, sintomatología depresiva, neuroticismo, autocrítica, autosabotaje y baja autoestima se asocian a las personas que realizan conductas autolesivas (Briones-Buixassa et al., 2021).

Pertenecer al grupo de personalidad b (antisocial, límite, histriónica y narcisista), tener una historia previa de conducta autolesiva o algún intento de suicidio previo y presentar patrones de consumo de alcohol y otras drogas perjudiciales también son factores de riesgo para las NSSI (Tarragona-Medina et al., 2018).

Por otro lado, Fulham y colaboradores muestran la fuerte asociación que existe entre el sentimiento de vacío, criterio diagnóstico del TLP, y las NSSI. Dicho sentimiento lo experimentan a nivel intrapersonal, interpersonal y existencial, razón por la que esta vivencia es un factor de riesgo determinante en relación a las conductas autolesivas. (Fulham et al., 2023).

Con respecto a los factores de protección de las NSSI, estudios como el realizado por Briones-Buixassa y colaboradores apuntan que una buena capacidad de descentramiento de manera aislada y también en interacción con la tristeza momentánea, funciona como regulador de los efectos que potencian el riesgo que genera la afectividad negativa. Como resultado, se reduce el riesgo de cometer la conducta autolesiva.

Además, este estudio arroja evidencia empírica acerca de la correlación positiva entre el descentramiento y una sintomatología más leve del TLP, posibilitando el procesamiento de las experiencias internas desde una perspectiva más observadora, y en consecuencia reducir la reactividad emocional característica en el Trastorno límite de la personalidad (Briones-Buixassa et al., 2021).

Uno de los métodos más eficaces para el estudio de las NSSI es la Evaluación ecológica momentánea (EMA). Esta técnica es efectiva a la hora de inferir las motivaciones, antecedentes previos y consecuentes de las NSSI, permitiendo su estudio en tiempo y contexto real (Briones-Buixassa et al., 2021).

Este enfoque pone el foco de atención en la labilidad emocional y la afectividad negativa que predomina en las personas con Trastorno límite de la personalidad como

predictores fiables de las *NSSI*. Además, proporciona pruebas irrefutables acerca del aumento de dichas emociones de manera previa a cometer la conducta autolesiva en cuestión, tanto en población clínica como no clínica (Briones-Buixassa et al., 2021).

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS

Tanto las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (*NSSI*) como la conducta suicida (CS) en sí, están muy presentes en los pacientes con Trastorno límite de la personalidad. Las características clínicas asociadas son las siguientes:

- Simultáneamente, es común que los intentos autolíticos y las *NSSI* se asocien en los pacientes con TLP.
- De la misma manera, las *NSSI* aumentan la probabilidad de que la persona lleve a cabo intentos autolíticos.
- La presencia de determinadas variables clínicas y sociodemográficas aumentan las *NSSI* en las personas con trastorno límite de la personalidad.
- Algunos rasgos de personalidad como la impulsividad, la agresividad o la labilidad emocional aumentan la frecuencia de las *NSSI*.
- Las personas con TLP que presentan sintomatología ansiosa-depresiva presentan una mayor frecuencia de *NSSI*.
- Experiencias previas de abuso, abandono o acoso en la infancia se relacionan con una mayor probabilidad de que las personas que sufren TLP lleven a cabo estas conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

Las personas diagnosticadas con TLP presentan una mayor probabilidad de sufrir un deterioro psicosocial grave, además de presentar tasas de mortalidad que alcanzan el 10%, una cifra extremadamente superior a la estimada en la población general (Alberdi-Páramo et al., 2021), y también con respecto a las tasas de muerte por suicidio que presentan otros trastornos de la personalidad (Leichsenring et al., 2024).

Estudios como el realizado por Alberdi-Páramo y colaboradores exponen las cifras relacionadas con los intentos de suicidio y *NSSI* realizados por personas con TLP, alcanzando prevalencias de entre el 40% y el 85%, con una media de tres intentos por persona que padece este trastorno (Alberdi-Páramo et al., 2021).

En la misma línea de investigación, multitud de estudios confirman la fuerte asociación entre el Trastorno límite de la personalidad y las *NSSI*. Como exponen Pape y colaboradores, entre el 60% y el 90% de las personas con TLP presentan variantes de conductas autolesivas (Zanarini et al., 2008; Pape et al., 2023).

Por otro lado, Buelens y colaboradores muestran en su estudio que el 61% de los adolescentes con Trastorno límite de la personalidad han llevado a cabo al menos una vez algún tipo de *NSSI*, aumentando la probabilidad de recurrencia de las mismas. Este es uno de los motivos por los que las *NSSI* son un criterio diagnóstico clave en el TLP, especialmente durante la adolescencia (Buelens et al., 2020). Estas conductas experimentan un declive en la edad adulta (Reichl et al., 2021).

Los adolescentes con esta patología son más propensos a experimentar sintomatología aguda relacionada con el trastorno, lo que deriva en un mayor número de intentos de suicidio y *NSSI* recurrentes (Buelens et al., 2020). Además, se constata que los adolescentes con TLP que llevan a cabo este tipo de conductas autolesivas, presentan un grado de psicopatología mayor, con una sintomatología ansiosa-depresiva más compleja y síntomas agudos relacionados con el trastorno de la personalidad en cuestión (Vega et al., 2017).

Diversos estudios, como el realizado por Vega y colaboradores sostienen que las *NSSI* y el resto de sintomatología asociada al Trastorno límite de la personalidad alcanzan su punto álgido en la adolescencia tardía y adultez temprana (Vega et al., 2017).

En muestras clínicas se presenta una distinción entre sexos relacionada con las *NSSI*, presentando el sexo femenino una mayor prevalencia que el masculino. En muestras comunitarias la prevalencia es similar en ambos sexos, por lo que en la actualidad no se puede establecer una relación significativa entre las conductas autolesivas no suicidas asociadas al TLP y el género, debido a errores de muestreo y estimación (Buelens et al., 2020).

Aunque las conductas autolesivas no se asocian únicamente con un grupo social determinado, la población adolescente presenta una mayor prevalencia, siendo además la edad de inicio de las mismas. La presencia de sintomatología asociada al TLP en adolescentes se considera un elemento disparador para que se den este tipo de conductas, derivando en un inicio más temprano de las *NSSI*, con una mayor gravedad y recurrencia (Buelens et al., 2020).

De la misma manera, estudios revelan que un inicio más temprano de las *NSSI* y un mantenimiento de las mismas que se prolonga en el tiempo es más común en adultos jóvenes con TLP en comparación con el mismo grupo social que no presenta dicha psicopatología (Groschwitz et al., 2015; Reichl et al., 2021).

Tanto en muestras clínicas como comunitarias, las *NSSI* se asocian con un peor cuadro sintomatológico del Trastorno límite de la personalidad, además de presentar comorbilidad con otros trastornos de personalidad (Vega et al., 2017). La frecuencia con la que se llevan a cabo estas conductas, la gravedad de las mismas y la variedad de métodos utilizados constituyen elementos claves de las *NSSI* en personas con TLP.

Con respecto al abordaje de las *NSSI*, previamente es necesario identificar los factores de riesgo y protección tanto individuales como poblacionales y ambientales de dicha conducta (Alberdi-Páramo et al., 2021).

La presencia de conductas autolesivas perdurables en el tiempo durante la adolescencia, se consideran un factor de riesgo para el posterior desarrollo del trastorno límite de la personalidad. Esto no implica que los adolescentes que llevan a cabo estas conductas vayan a desarrollar dicho trastorno de personalidad, puesto que otros criterios diagnósticos se deben cumplir, pero sí muestra una relación bidireccional entre el TLP y las *NSSI*, aumentando por ende la gravedad del diagnóstico (Blaha et al., 2024).

Las *NSSI* pueden indicar una mayor probabilidad para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, asimismo, puede ser que dos trastornos independientes confluyan y que la sintomatología de ambos genere una retroalimentación y por consecuente, un deterioro significativo en el transcurso del tiempo. Continuando con esta visión, determinados rasgos como la impulsividad, la soledad, el sentimiento de abandono, la ansiedad por separación o el afecto negativo funcionarían como lo que se conoce por síntomas puente entre el trastorno límite de la personalidad y las *NSSI* (Suárez-Colorado et al., 2023).

Estudios como el realizado por Buelens y colaboradores reportan la importancia de determinados síntomas del TLP como la soledad, el sentimiento de abandono, la impulsividad, la desesperanza y la ansiedad por separación como elementos precipitantes para desencadenar este tipo de conductas autolesivas. El tiempo solo aumenta la autorreflexión, desencadenando en un adolescente rumiaciones y sentimientos depresivos que favorecerían las *NSSI* (Buelens et al., 2020).

Por otro lado, la impulsividad, relacionada estrechamente con la ausencia de reflexión y planificación, además de ser un factor de riesgo para las *NSSI*, es un

predictor óptimo para la recurrencia de las mismas (Alberdi-Páramo, 2020). Suárez-Colorado y colaboradores defienden la relación directa entre la impulsividad que presentan los pacientes con trastorno límite de la personalidad y la recurrencia de estas conductas autolesivas (Suárez-Colorado et al., 2023).

Estudios como el realizado por Fox y colaboradores defienden el importante papel que constituye la “desesperanza” como predictor de las *NSSI* (Fox et al., 2015; Alberdi-Páramo, 2020), elemento que correlaciona de manera positiva con la baja autoestima y el sentimiento de soledad comentado anteriormente. Todos estos rasgos del TLP presentes en la misma persona potencian el riesgo de las *NSSI*.

Otro elemento común en las personas con esta psicopatología es la baja capacidad para tolerar estados afectivos negativos de alta excitación, los cuales generan en la persona una gran urgencia, como por ejemplo el estrés o la frustración. Los elementos estresores que aparecen en la vida cotidiana de las personas, pueden desencadenar con mayor probabilidad en este grupo de la población las *NSSI* (Briones-Buixassa et al., 2021).

La gravedad de estas conductas autolesivas hace que diversos autores diferencien las *NSSI* en personas diagnosticadas con TLP de las *NSSI* relacionadas con otras psicopatologías (Rao et al., 2017).

Las vivencias traumáticas de abuso y abandono en la infancia incrementan de manera significativa el riesgo de aparición de conductas autolesivas en las personas con TLP. Dichas vivencias afectan directamente a la esfera psicosocial de la persona y propician el procesamiento disfuncional de las relaciones afectivo-sociales generando vínculos conflictivos y un deterioro del funcionamiento y la integración social (Suárez-Colorado et al., 2023).

FUNCIONALIDAD DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS Y EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Las *NSSI* se llevan a cabo para suplir determinadas carencias. Con respecto a su funcionalidad, las conductas autolesivas se pueden entender bajo la perspectiva del Modelo de dos factores (o funciones). Estas pueden ser intrapersonales, haciendo referencia a la automaticidad de las mismas, o interpersonales, haciendo hincapié en las motivaciones asociadas al mundo externo de la persona (Briones-Buixassa et al., 2021).

Las funciones intrapersonales se relacionan con la desregulación afectiva que presentan las personas con TLP, mientras que las funciones interpersonales se

relacionan con cambios en el entorno de la persona, gestión de conflictos y alteración de las relaciones en el TLP (Vega et al., 2017).

Tanto en adultos como en adolescentes, el motivo principal por el cual se llevan a cabo este tipo de comportamientos suele estar relacionado con la función intrapersonal de las *NSSI*, así como sostienen el 90% de las personas en la mayoría de los autoinformes (Briones-Buixassa et al., 2021). Esta función refleja un mayor grado de psicopatología relacionado con el trastorno y una mayor gravedad de las *NSSI* (Vega et al., 2017).

El objetivo principal es poder regular un estado emocional interno desagradable aliviando así el malestar generado, el manejo de pensamientos suicidas, autocastigo o búsqueda de sensaciones. El sentimiento de vacío que experimentan la mayor parte de las personas con TLP, correlaciona de manera positiva con la función intrapersonal de las *NSSI*, proporcionándole a la persona un refuerzo interno positivo y, por ende, favorece la recurrencia de las mismas.

Autores como Sadeh y colaboradores demuestran la correlación positiva existente entre la desregulación emocional de las personas con TLP y la función intrapersonal de las *NSSI*, así como la correlación positiva también entre las dificultades interpersonales presentes en las personas con dicha psicopatología y las funciones interpersonales de las *NSSI* (Sadeh et al., 2014; Vega et al., 2017). En la misma línea, el estudio realizado por Vega y colaboradores apoya dichas conclusiones (Vega et al., 2017).

Comprender las funciones de las *NSSI* asociadas al TLP es un factor importante de cara a realizar una detección rápida y una intervención posterior eficaz en personas con alto riesgo de realizar conductas autolesivas. Las personas con TLP presentan una mayor reactividad a estímulos emocionales, así como mayor número de emociones negativas que les hacen más propensos a recurrir a las *NSSI* como método de gestión emocional para poder reducir estas experiencias emocionales aversivas (Briones-Buixassa et al., 2021).

Por otro lado, a pesar de que el estudio en relación a la función interpersonal de las *NSSI* es bastante reducido en comparación con la función intrapersonal, Briones-Buixassa y colaboradores diferencian entre el refuerzo interpersonal positivo y negativo. Antes de cometer la conducta autolesiva, las personas tienden a magnificar el rechazo y el aislamiento social, los cuales disminuyen después de realizarlas. Esto pone de manifiesto que el refuerzo negativo interpersonal funciona como motivo inferido para

las *NSSI* (Briones-Buixassa et al., 2021). Por otro lado, a pesar de que el conflicto interpersonal percibido por la persona en los días o momentos previos a las *NSSI* es muy elevado, también se refiere un aumento del apoyo social en esos momentos, que funciona como refuerzo interpersonal positivo (Turner et al., 2016; Briones-Buixassa et al., 2021).

Existen varios modelos explicativos en relación a la función que cumplen las *NSSI* en las personas con esta psicopatología, entre los que se encuentran el Modelo de Dependencia, el Modelo de Evitación experiencial y el Modelo integrador, como se expone en el artículo de Pape y colaboradores (Pape et al., 2023).

El modelo de Dependencia (Karwautz et al., 1996; Victor et al., 2012; Pape, 2023) entiende la autolesión no suicida como un mecanismo de refuerzo positivo. La conducta que se lleva a cabo genera en la persona un estado positivo acompañado de la liberación de endorfinas, que hace que la conducta reaparezca, al igual que ocurre con el mecanismo de la adicción (Pape et al., 2023).

El modelo de la Evitación experiencial (Chapman et al., 2006; Pape, 2023) sostiene que la motivación principal de las *NSSI* es reducir o eliminar un estado emocional desagradable. Es decir, el mecanismo subyacente de las *NSSI* sería el refuerzo negativo. Este modelo también podría explicar la utilización de las conductas autolesivas como método para romper con los estados disociativos que pueden presentar las personas con TLP (Pape, 2023). Los sentimientos negativos son extremadamente frecuentes en las personas con Trastorno límite de la personalidad, y junto con las dificultades de regulación emocional que presentan estas personas, las conductas autolesivas constituyen un medio recurrente de alivio rápido del malestar, razón por la cual las *NSSI* presentan una alta incidencia en esta población (Buelens et al., 2020).

El modelo integrador desarrollado por Klonsky (2007) entiende que tanto el refuerzo positivo como el refuerzo negativo son los mecanismos subyacentes que motivan las conductas autolesivas. Primero existe un refuerzo negativo, ya que las *NSSI* hacen que la persona experimente una reducción de la tensión que genera el estado emocional negativo para después experimentar una sensación de euforia (refuerzo positivo). De manera más específica, las funciones que cumplirían las *NSSI* bajo esta perspectiva son las siguientes (Alberdi-Páramo, 2020):

- Regulación del afecto negativo.
- Anti-disociación o anti-despersonalización.
- Anti-suicidio.

- Establecimiento de límites interpersonales, ya sea con respecto a la autonomía de uno mismo o a la distinción entre el sí mismo y el otro.
- Influencia interpersonal, buscando ayuda de otros o como medio para manipular a otras personas del entorno.
- Autocastigo, como forma de mostrar vergüenza o hacerse daño a sí mismo.
- Búsqueda de sensaciones,

Tras la sensación de alivio puede aparecer un sentimiento negativo de culpa y vergüenza, elementos precipitantes para que se dé un nuevo episodio de *NSSI* (Pape, 2023).

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN INTENCIONALIDAD SUICIDA

La identificación de las personas con TLP (sub)indrómico es esencial para poder realizar una correcta evaluación (Reichl et al., 2021) y así determinar el tratamiento adecuado que establezca a la persona. En consecuencia, se eliminarán o por lo menos será posible la reducción de los episodios de *NSSI* (Scheunemann et al., 2023).

Históricamente, el método diagnóstico relacionado con las *NSSI* era una medida de cribado de un único ítem, el cual era: “¿Se ha autolesionado alguna vez sin intención de morir?”. Si la respuesta era afirmativa, se indagaba acerca de la frecuencia, edad de inicio y tipos de conductas autolesivas, además de realizar preguntas que evaluaran los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5-TR (APA, 2022) para las *NSSI* (Buelens et al., 2020).

Previamente a realizar el diagnóstico, es necesario conocer a la persona y preguntarle acerca de ideas o previos intentos suicidas además de realizar una posterior evaluación del estado mental. Se debe también esclarecer si la persona se encuentra en una situación de riesgo cronicada o si por el contrario se trata de un riesgo agudo y finalmente establecer el tipo de intervención psicoterapéutica adecuada al caso particular (Alberdi et al., 2021). En caso de riesgo agudo, la primera línea de intervención sería el ingreso hospitalario para contener a la persona durante la crisis (Patino, 2023).

De la misma forma, el psicoterapeuta debe identificar las estructuras de la personalidad que dificultan la buena gestión de las relaciones interpersonales, además de complementar la información con el uso de autoinformes, entrevistas estructuradas, línea del tiempo acerca de los eventos vitales claves en la vida de la persona y observaciones de los patrones de comportamiento desadaptativos que presenta (Artola et al., 2020).

A continuación, se expondrán algunos de los instrumentos diagnósticos más utilizados en personas con posible Trastorno límite de la personalidad y *NSSI* (tabla 1):

- Entrevista semiestructurada *DIB-R*: Esta entrevista semiestructurada se compone de 125 ítems que exploran 4 dimensiones: cognitiva, afectiva, relaciones interpersonales y patrón de conductas impulsivas. Cada ítem puntúa entre 0 y 2 en función de la frecuencia de los últimos dos años, y la puntuación global va de 0 a 10, estando determinada por las puntuaciones obtenidas en las 4 dimensiones. Para la versión española, el 6 constituye el punto de corte compatible con el diagnóstico de TLP (Soler et al., 2016).

- Entrevista clínica estructurada (*SCID-II*): Esta entrevista clínica semiestructurada evalúa los trastornos de personalidad. Consta de 15 ítems para el TLP de respuesta dicotómica: sí/no, correspondientes con los criterios reflejados en el DSM. Cuatro de estos ítems hacen referencia al criterio 3 (alteración de la identidad), 2 ítems hacen referencia al criterio 5 (conductas autolesivas o suicidas) y 3 ítems se relacionan con el criterio 8 (incapacidad para gestionar la ira), el resto de criterios aparecen representados por un único ítem (Soler et al., 2016). Cada criterio se evalúa con 1= ausente, 2=subclínico, 3= presente o verdadero y 4=información inadecuada (First et al., 2002; Alberdi Páramo 2020).

- *Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21)*: Es un instrumento de autoinforme que evalúa la frecuencia e intensidad de 21 síntomas emocionales negativos a lo largo de la semana previa a su aplicación. Consta de tres subescalas: depresión, ansiedad y estrés. Varios estudios confirman la fuerte asociación entre las personas que obtienen puntuaciones altas en el *DASS-21* y las *NSSI* recurrentes (Vega et al., 2017).

- Escala de impulsividad de Barrat (*BIS-11*): Esta escala mide el nivel de impulsividad que presenta la persona a través de 30 ítems. La puntuación global se establece en torno a las puntuaciones obtenidas en tres índices: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Alberdi Páramo, 2020). La escala no presenta un punto de corte preestablecido, sin embargo, en diversos estudios el punto de corte se considera la mediana de la distribución de los valores obtenidos de la muestra (García-Portilla et al., 2015; Alberdi Páramo, 2020).
- *Borderline Personality Questionnaire (BPQ)*. Es un instrumento de autoinforme que evalúa el TLP según los criterios del DSM-IV. Contiene 80 preguntas de verdadero/falso que derivan en nueve subescalas: impulsividad, inestabilidad afectiva, abandono, relación, autoimagen, suicidio/auto-mutilación, vacío, ira intensa y estados cuasi psicóticos (Vega et al., 2017).
- *The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)*. Es una medida de autoinforme que consta de 10 ítems puntuados de forma dicotómica: verdadero-falso. Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios establecidos en el DSM-V para el TLP, y 2 ítems para el noveno criterio relativo a la disociación (Soler et al., 2016). La versión española del MSI-BPD presenta buenas cualidades psicométricas como instrumento de cribado para el TLP. Debido a su rapidez y facilidad de uso, su utilización es recomendable tanto en la práctica clínica como en investigación.
- Cuestionario de Personalidad *PDQ-4+*. Es un cuestionario utilizado para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según los criterios del DSM. Explora las diferentes dimensiones de la personalidad y mide la presencia de 9 síntomas del TLP. Cada respuesta de la persona se puntúa de acuerdo con los criterios previamente establecidos, sumando las puntuaciones para obtener un valor global en cada dimensión de la personalidad. Las puntuaciones más altas muestran una mayor probabilidad de personalidad psicopatológica. Presenta altos niveles de validez y fiabilidad, aunque no se debe utilizar como única herramienta para el diagnóstico.
- *Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)*. Este cuestionario se centra en las conductas autolesivas. Es un autoinforme de 32 ítems utilizado para evaluar la frecuencia y gravedad de las mismas. Se divide en cuatro secciones

que evalúan las *NSSI*, *SA*, *SI* y *ST* a través de preguntas abiertas y cerradas (Homan et al., 2017).

- Cuestionario de Autolesiones (*SHI*). El presente cuestionario mide el historial de *NSSI* y establece una relación con el Trastorno límite de la personalidad. Consta de 41 ítems que exploran diversos tipos de conductas autolesivas (Rodríguez Fleitas et al., 2018).

- *Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*. Este cuestionario consta de dos secciones: la primera evalúa la frecuencia a lo largo del ciclo vital de 12 tipos de *NSSI* diferentes, mientras que en la segunda sección se les pide a los participantes que evalúen en una escala de 0 a 2, siendo el 0 “no relevante” y el 2 “muy relevante”, 13 funcionalidades que cumplen las *NSSI*. Estas funciones son: regulación del afecto, antidisociación, antisuicidio, señalización de angustia, autocastigo, autonomía, límites interpersonales, influencia interpersonal, vinculación con iguales, venganza, autocuidado, búsqueda de sensaciones y dureza. Dichas funciones se establecen dentro de las dos funcionalidades que cumplen las conductas autolesivas: función interpersonal y función intrapersonal (Vega et al., 2017).

Tabla 1

Instrumentos de evaluación

Elemento diagnóstico	Autor	Psicopatología
Entrevista semiestructurada <i>DIB-R</i>	Reich, W. (2000)	Trastorno límite de la personalidad
Entrevista clínica estructurada <i>SCID-II</i>	First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997)	Trastorno límite de la personalidad
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (<i>DASS-21</i>)	Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995)	Sintomatología depresiva y ansiosa relacionada con las conductas autolesivas
Escala de impulsividad de Barratt (<i>BIS-11</i>)	Barratt, E. S. (1995)	Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada

<i>Borderline Personality Questionnaire (BPQ)</i>	Poreh, A. M. (2006)	Trastorno límite de la personalidad
<i>The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)</i>	Zanari, M. C., Vujanovic, A.A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003)	Trastorno límite de la personalidad
Cuestionario de Personalidad <i>PDQ-4+</i>	Hyer, S. E. (1994)	Trastorno límite de la personalidad
<i>Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)</i>	Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A (2001)	Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida
Cuestionario de Autolesiones (<i>SHI</i>)	Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. 1998	Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida
<i>Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)</i>	Klonsky, E. D., & Olin, T. M (2008)	Conductas autolesivas sin intencionalidad suicida

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Históricamente, el tratamiento del TLP siempre ha presentado un importante grado de complejidad. Con frecuencia, las personas que sufren este trastorno tienden a utilizar los servicios de salud de manera desorganizada, presentan dificultades de adherencia al tratamiento y elevadas tasas de abandono (Levy et al., 2018).

Las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida constituyen uno de los rasgos más complejos del TLP, que llevan a cabo las personas que sufren esta psicopatología (Prada et al., 2018). En la misma línea, una de las principales finalidades terapéuticas es el abordaje de las mismas, al ser considerado un síntoma con gran relevancia clínica, crucial en el transcurso de la psicopatología y limitante en la vida funcional de la persona (Alberdi-Páramo et al., 2021).

A pesar de que la sintomatología relacionada con el TLP tiende a estabilizarse con el paso del tiempo, el deterioro psicosocial que sufren las personas con esta psicopatología no remite por completo. Por este motivo, realizar una intervención

temprana es importante no solo para la propia persona sino también para la sociedad (Reichl et al., 2021).

Como primer paso en la intervención psicoterapéutica, la persona debe ser informada del diagnóstico, de la evolución que se espera, se deben esclarecer cuáles son los factores de riesgo más relevantes, establecer límites claros por parte del terapeuta y del cliente e informar sobre posibles alternativas de tratamiento (Leichsenring et al., 2024).

En función de la gravedad del trastorno, hay dos tipos de intervenciones que se pueden llevar a cabo: intervención temprana o modelo de deterioro. La primera está destinada a personas que presentan características de TLP, pero no llegan a alcanzar el umbral diagnóstico, por lo que se implementan estrategias preventivas, o a personas que ya tienen el diagnóstico para poder realizar la intervención lo antes posible. Por otro lado, el modelo de deterioro se orienta a personas con un grado de disfuncionalidad elevado debido a la cronicidad del trastorno. A pesar de que todavía no ha sido validado empíricamente, este modelo abre las puertas a futuras líneas de investigación en el tratamiento del TLP (Patino, 2023).

Para prevenir las conductas autolesivas en los pacientes con TLP, es necesario identificar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de desencadenar un episodio de *NSSI*. Una vez identificados, el tratamiento se encamina al abordaje de los mismos, para que de manera indirecta la probabilidad de que las personas con TLP se involucren en este tipo de comportamientos sea progresivamente menor (Fulham et al., 2023).

El objetivo principal de la psicoterapia es ayudar a la persona a controlar las emociones desagradables, reducir la impulsividad, enfocarle en su capacidad de funcionamiento actual, trabajar la gestión de las relaciones interpersonales y enseñarle acerca del trastorno. (Alberdi-Páramo et al., 2021).

A lo largo de las décadas se han estudiado múltiples psicoterapias para el abordaje de este tipo de conductas, reduciendo la frecuencia de las *NSSI*, y sintomatología asociada al trastorno límite de la personalidad. La terapia que presenta mayor evidencia empírica es la Terapia dialéctico conductual (*DBT*), seguida de terapias psicodinámicas como la Terapia basada en la mentalización (*MBT*), la Terapia centrada en la transferencia (*TFP*), la Terapia basada en esquemas (*SBT*) y el entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (*STEPPS*)

(Alberdi-Páramo et al., 2021), además de la Terapia cognitivo-conductual, habiendo demostrado mejoras significativas a nivel clínico (Juanmartí et al., 2017).

Esta última pone el énfasis en la modificación de conductas problemáticas a través del análisis funcional entre las interacciones que establece la persona consigo misma y con su entorno. A través de esta psicoterapia se busca la disminución tanto de la sintomatología límite como del deterioro en el funcionamiento social de la persona, así como la adaptación del comportamiento al contexto. El pilar fundamental de esta psicoterapia se consigue gracias a la reestructuración cognitiva (Patino, 2023).

Estrategias de intervención psicosocial como sostienen Hawton y colaboradores, también son altamente recomendables para el manejo de las *NSSI* (Hawton et al., 2016), además de las habilidades del psicoterapeuta en cuestión. Estas propiciarán una mejor alianza terapéutica basada en la comprensión, validación y confianza y, por ende, una mayor adherencia al tratamiento (Prada et al., 2018). La tabla 2 recoge un resumen de las psicoterapias que se desarrollarán a continuación.

Tabla 2

Resumen de las psicoterapias para

Psicoterapia	Evidencia empírica
Terapia dialéctica conductual	Reducción de la frecuencia de las <i>NSSI</i> . Mejora de la psicopatología general del TLP. Mayor regulación emocional. Mejora del funcionamiento integral y calidad de vida de la persona.
Terapia basada en la mentalización	Reducción de las <i>NSSI</i> . Mejor funcionamiento interpersonal a largo plazo. Mejor gestión de la ira y reducción de las conductas agresivas. Mejora de la sintomatología depresiva.
Terapia basada en la transferencia	Mejoras con respecto al funcionamiento interpersonal y reflexivo. Reducción de las <i>NSSI</i> a largo plazo.

Programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS)	<p>Reducción del número de hospitalizaciones.</p> <p>Reducción de las conductas autolesivas e impulsivas.</p> <p>Mejora de la sintomatología general del TLP.</p>
Terapia basada en esquemas	<p>Mejoras con respecto a la psicopatología general y funcionalidad de la persona.</p> <p>Mejora de la autorregulación emocional.</p>

TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

La terapia dialéctico conductual es un tipo de psicoterapia integradora sustentada en la terapia cognitivo conductual, la dialéctica y el budismo zen. Originalmente, se desarrolló como opción de tratamiento para el TLP, extrapolándose posteriormente al tratamiento de otros trastornos psiquiátricos por su efectividad (Levy et al., 2018).

Bajo la perspectiva de esta terapia, conocida como *DBT* por sus siglas en inglés, la sintomatología limítrofe relacionada con el TLP se considera la consecuencia de las dificultades que presentan estas personas para regular las emociones (Levy et al., 2018).

Durante el transcurso de la psicoterapia, los objetivos que se persiguen son la supresión de las conductas de riesgo, supresión de las conductas que interfieren con el tratamiento y mejora de las conductas que propician una peor calidad de vida (Andreasson et al., 2016).

Dicha psicoterapia ha demostrado su eficacia en la reducción de los síntomas del trastorno límite, concretamente reduciendo la frecuencia de las *NSSI* y los intentos de suicidio, mejorando la calidad de vida y afianzando la relación terapéutica (Prada et al., 2018).

El abordaje del TLP y de las *NSSI* asociadas al mismo, se lleva a cabo desde la perspectiva integral característica de la *DBT* (Vanegas Pérez et al., 2017), donde la estabilización y el control de la conducta de la persona son elementos claves en la reducción de las conductas autolesivas (Chen et al., 2021).

Comprendiendo las *NSSI* desde el punto de vista de la *DBT*, estas conductas aparecen como respuesta a un sufrimiento emocional que la persona es incapaz de gestionar, produciendo un alivio inmediato de la angustia al realizarlas. Aunque de manera disfuncional, como mantienen Prada y colaboradores, se consideran estrategias de regulación emocional (Prada et al., 2018).

La combinación de estrategias conductuales, cognitivas y de apoyo mediante las cuales se intenta promover el cambio en la persona y la aceptación, son considerados los pilares fundamentales de esta psicoterapia (Juanmartí et al., 2017). Por otro lado, técnicas como el *mindfulness*, la reestructuración cognitiva o la gestión de contingencias también están presentes y juegan un importante papel en el proceso terapéutico de la persona (Prada et al., 2018) además de utilizar procedimientos de exposición, evaluación de problemas, análisis de soluciones, promoción de estrategias basadas en la aceptación, validación personal y un estilo comunicativo asertivo y recíproco (Levy et al., 2018).

Estudios como el realizado por Briones-Buixassa y colaboradores apoyan el importante papel que juega el *mindfulness* o la atención plena en el tratamiento de las *NSSI*, haciendo hincapié en la mejora de la capacidad de descentramiento de la persona, factor protector de las conductas autolesivas (Briones-Buixassa et al., 2021).

Gracias a la promoción de estas estrategias, se muestra una reducción de las conductas autolesivas y autolíticas y en la psicopatología general del trastorno, así como en el funcionamiento integral de la persona posibilitando una mayor inclusión social y una mejora en la calidad de vida. Estudios como el realizado por Vanegas Pérez y colaboradores defienden la *DBT* como la psicoterapia más eficaz para el tratamiento del TLP (31%) frente a otras psicoterapias (Vanegas Pérez et al., 2017).

La desregulación emocional que presentan la mayor parte de las personas con Trastorno límite de la personalidad constituye uno de los elementos clave a mejorar de la *DBT*. Como sostienen Prada y colaboradores, el equilibrio la aceptación de la realidad y la modificación de conductas desadaptativas, es uno de los objetivos principales de dicha psicoterapia (Prada et al., 2018). Así como trabajar las habilidades de afrontamiento para minimizar los pensamientos e impulsos frecuentes de conductas autolesivas (Buelens et al., 2020).

Dentro de la *DBT*, existen cuatro modalidades diferentes para llevarla a cabo: terapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo, *coaching* telefónico y equipo de consulta con el terapeuta, con el fin de mejorar las habilidades y herramientas de la persona en su interacción con el entorno y promover la motivación hacia el cambio (Andreasson et al., 2016; Prada et al., 2018).

El abordaje de este tipo de conductas es primordial, para ello se realiza un análisis de la cadena conductual subyacente, con el fin de esclarecer cuáles son los motivos individuales por los que la persona a llevar a cabo las *NSSI*, y qué les

proporcionan para que este tipo de comportamientos se mantengan a lo largo del tiempo. Es necesario además indagar acerca de la falta de habilidades personales para detener este tipo de conductas e implementar estrategias de solución de problemas adecuadas al caso individual, que las personas puedan utilizar en sustitución de las *NSSI*. Este análisis es esencial para la prevención de conductas autolesivas futuras.

El *skills training* o entramiento de habilidades en grupo trata de dotar a la persona de estrategias con las que pueda hacer frente a las cuestiones y tensiones del día a día de manera más adaptativa sin recurrir a conductas extremas. Constituye un elemento central de la *DBT* ya que se centra directamente en el comportamiento de la persona con patrones cognitivos y emocionales disfuncionales que derivan en *NSSI*. Trabajar la atención plena en el momento presente, las habilidades de aceptación de la realidad y habilidades de eficacia interpersonal es importante, para así poder reducir el nivel de conflictos relacionales común en las personas con trastorno límite de la personalidad y consecuentemente reducir la frecuencia de las *NSSI* (Prada et al., 2018).

La promoción de estas habilidades se realiza mediante cuatro módulos de entrenamiento: *mindfulness*, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a la angustia. Con el tiempo, estas estrategias proporcionan en la persona mejoras en la tolerancia del dolor, una mejor gestión de las emociones negativas, mejora de la capacidad de afrontamiento de las emociones negativas y refuerzo sobre el control de las emociones (Chen et al., 2021).

Los pacientes con TLP no suelen pedir ayuda y tienden a realizar conductas extremas y agresivas siendo incapaces de gestionar la ira y la angustia. Por ello, desde la *DBT* se intentan promover las llamadas telefónicas o *Telephone coaching* como método preventivo de las *NSSI*, lo que conlleva una evaluación del riesgo suicida y la promoción de soluciones alternativas para resolver el problema. Además, fortalece la alianza terapéutica y reduce el riesgo de abandono de la terapia, ya que la disponibilidad del terapeuta al margen de las sesiones individuales establecidas le proporciona a la persona una sensación de seguridad que aumenta la adherencia al tratamiento (Prada et al., 2018).

El equipo de consulta constituye otro de los pilares fundamentales para que la *DBT* sea eficaz. El foco de atención no solo está en la persona que acude a terapia, sino también en el propio terapeuta, por lo que este debe asistir semanalmente a las sesiones concertadas con su equipo de consulta. Estas sesiones permiten al psicoterapeuta mejorar sus habilidades como profesional, potenciando el equilibrio entre el uso de

estrategias centrales, dialécticas, de comunicación, de gestión de casos y estructurales con el fin de mantener el progreso terapéutico, además de mantener la motivación a lo largo del proceso terapéutico (Chen et al., 2021). Estas habilidades fortalecen la alianza terapéutica, además de reducir las conductas autolesivas en los pacientes.

Con respecto a la duración de la terapia, autores como Traynor y colaboradores defienden en su estudio la efectividad de esta psicoterapia en la reducción significativa de las conductas autolesivas en personas con trastorno límite de la personalidad tras seis meses de tratamiento, manteniéndose a lo largo de los dos años de seguimiento (Traynor et al., 2023). No obstante, la duración promedio de esta psicoterapia es de al menos un año, siendo un tratamiento largo y exhaustivo, pero que muestra mejoras evidentes en relación a las *NSSI*, la ira y la salud mental general de la persona (McMain et al., 2018).

TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN

Esta psicoterapia psicoanalítica entiende la sintomatología del TLP como resultado de una reducción de la capacidad cognitiva social conocida como mentalización. Gracias a esta capacidad, las personas podemos comprender las acciones y estados mentales, sentimientos y pensamientos no solo de nosotros mismos, sino también de las personas que nos rodean. Dicha capacidad está alterada en las personas con TLP, cuando se exponen a conflictos interpersonales (Levy et al., 2018).

En la *MBT*, así conocida por sus siglas en inglés, el psicoterapeuta tratará de ayudar a la persona para que pueda mejorar su capacidad de mentalización, además de ayudarles a identificar la propia experiencia afectiva y conectarla con la forma en la que estos afectos aparecen representados mentalmente (Ellison, 2020). A medida que avanza la terapia, la capacidad de mentalización de la persona tendrá más equilibrio, siendo posible la integración cognición-afectividad (Leichsenring et al., 2024)

. El objetivo principal de la terapia es la reducción de los comportamientos autodestructivos que presentan las personas con TLP, para posteriormente experimentar una mejora a la hora de gestionar las relaciones interpersonales, así como la participación en actividades constructivas (Levy et al., 2018). Por lo tanto, desde esta óptica el cambio no se consigue en el ambiente de terapia, sino en el entorno social de la persona (Patino, 2023).

Dicha psicoterapia consta de tres fases: fase inicial, fase de tratamiento y fase final. La fase inicial basada en la psicoeducación busca el compromiso del cliente con el

tratamiento y el establecimiento de la alianza terapéutica. En la fase de tratamiento se incluye tanto la terapia individual como la grupal mediante estrategias generales y específicas, entre las que se incluyen control de la impulsividad, activación del sistema de apego y aumento y recuperación de la capacidad de mentalización en las situaciones de estrés, entre otras (Leichsenring et al., 2024). Por último, en la fase final se trabaja la gestión de los sentimientos de pérdida y se busca el mantenimiento de los logros a largo plazo (Rangel-Rodríguez et al., 2021).

Estudios como el realizado por Jorgensen y colaboradores muestran la efectividad de la *MBT* en la reducción de las *NSSI*, la hospitalización, el funcionamiento interpersonal, la ira y la depresión en personas con TLP, con efectos mantenidos a largo plazo (Jørgensen et al., 2013; Levy et al., 2018).

Esta psicoterapia puede ser individual, grupal o combinar ambos formatos, durante un periodo de aproximadamente 18 meses, aunque ningún estudio arroja datos relevantes sobre el tiempo óptimo y la modalidad más efectiva para llevar a cabo esta terapia.

TERAPIA BASADA EN LA TRANSFERENCIA

Bajo la perspectiva de esta psicoterapia psicodinámica centrada en el afecto, la comprensión y la interpretación, la sintomatología del TLP emerge debido a las representaciones tanto de uno mismo como de los demás que conllevan una carga emocional (Levy et al., 2018).

La escisión que se produce entre las representaciones negativas y positivas en relación a uno mismo y a los otros ocasiona alteraciones en la identidad e inestabilidad en las interacciones y patrones relacionales establecidos por las personas que sufren esta psicopatología (Ellison, 2020).

Al inicio de la terapia, el cliente y el terapeuta establecen una jerarquía de objetivos a cumplir durante el transcurso del tratamiento, además de esclarecer el plan de intervención, habiéndose comprometido previamente ambas partes con el proceso de cambio. Es importante también conocer el historial de tratamientos previos del cliente y la razón por la cual no mostraron efectividad (Patino, 2023).

La principal cuestión a abordar son las conductas autolesivas y suicidas que entrañan riesgo tanto para la propia persona como para el entorno. La mejora de las dinámicas relacionales con las que la persona interactúa también son uno de los principales objetivos de mejora, que se trabajarán a medida que emerjan en la relación

de transferencia con el terapeuta (Ellison, 2020). Las técnicas psicoanalíticas empleadas en este proceso terapéutico para lograr la mejora con respecto a la sintomatología límite son la interpretación, el análisis de la transferencia, la neutralidad técnica y la contratransferencia (Leichsenring et al., 2024).

La duración mínima de esta psicoterapia es de 18 meses, concretando 2 sesiones semanales de 45 minutos cada una (Patino, 2023).

Revisiones como la realizada por Levy y colaboradores revelan mejoras estadísticamente significativas con respecto a la sintomatología del TLP relacionada con los patrones de apego, el funcionamiento reflexivo, el funcionamiento interpersonal y las conductas autolesivas a largo plazo (Levy et al., 2018).

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (STEPPS)

Se considera una psicoterapia grupal de 20 semanas, complementaria a la terapia individual para personas con TLP, basada en técnicas cognitivo-conductuales, donde el foco de atención se centra en las dinámicas familiares, en fomentar las habilidades en grupo y en la importancia de la psicoeducación acerca del trastorno límite (Ellison, 2020).

En esta terapia se le pide a la persona que establezca un “equipo de refuerzo” formado por familiares, profesionales y amigos clave, a los que se les propone la participación en sesiones educativas independientes, además de reforzar y afianzar las habilidades cotidianas recientemente adquiridas del cliente.

El primer componente se centra en trabajar la conciencia del trastorno. El TLP a menudo se considera un término peyorativo, por lo que bajo esta perspectiva se reformula el diagnóstico considerándolo un “trastorno de la intensidad emocional”, haciéndole ver al cliente la importancia de la autogestión emocional (Contero et al., 2019; Ellison, 2020).

El segundo componente de la terapia es el entrenamiento en habilidades de regulación emocional mediante cinco módulos: distanciamiento, comunicación, pensamientos desafiantes o intrusivos, distracción y afrontamiento de problemas.

Finalmente, el tercer componente es el entrenamiento en habilidades de regulación conductual, donde se promueven diversas habilidades y estilos de vida, fomentando la higiene del sueño, una alimentación sana, el ejercicio físico, conductas de ocio, eficacia interpersonal y prevención de conductas adictivas.

Los principales objetivos de esta psicoterapia son la reducción del número de ingresos, conductas autolesivas y mejorar la gestión emocional y calidad de vida de las personas con TLP (Ekiz et al., 2023).

Estudios como el realizado por Contero y colaboradores muestran una reducción en el número de hospitalizaciones, conductas autolesivas e impulsivas, intencionalidad suicida y sintomatología general del TLP (Contero et al., 2019). Debido al tamaño reducido de la muestra utilizada en este estudio, sería necesario que futuras investigaciones sobre la efectividad de esta psicoterapia utilizaran muestras de mayor tamaño en contextos clínicos y ambulatorios.

TERAPIA BASADA EN ESQUEMAS

La terapia basada en esquemas es una psicoterapia basada en principios cognitivo-conductuales y psicodinámicos, donde la gestión de las emociones ocupa un papel prioritario (Patino, 2023). Para ello, normalmente se emplean imágenes, diálogos y escritura de cartas a lo largo del proceso terapéutico (Leichsenring et al., 2024).

El objetivo principal de esta psicoterapia es la modificación de las creencias de la persona para posteriormente generar otras que sirvan para afrontar las tensiones diarias de manera más eficaz.

Durante la terapia, el terapeuta debe identificar los esquemas relacionales desadaptativos de la persona, ocasionados por experiencias adversas vividas en la infancia, y las razones por las cuales se mantienen en la actualidad. Esto se consigue mediante la vinculación y el manejo de las emociones, el cambio en los modos de esquemas a través de estrategias cognitivas y emocionales y fomentando la autonomía.

Bajo esta perspectiva, técnicas cognitivas como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, la ruptura de patrones conductuales, el trabajo centrado en la emoción y la reparación limita son los mecanismos propulsores del cambio (Leichsenring et al., 2024).

Revisiones como la realizada por Juanmartí y colaboradores revelan mejoras significativas con respecto a la psicopatología general, a la funcionalidad de la persona, y a la sintomatología límite (Juanmartí et al., 2017). Las técnicas conductuales manejadas a lo largo de esta psicoterapia, como son la exposición gradual, el manejo de la ira, entrenamiento en asertividad o estrategias de autocontrol permiten extrapolar las habilidades adquiridas durante las sesiones a los distintos contextos de la vida cotidiana (Leichsenring et al., 2024).

A pesar de que la psicoterapia se considera la primera línea de intervención en las personas con TLP, en casos donde la gravedad de la sintomatología es elevada, presentando comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos graves o en situaciones de crisis, el apoyo farmacológico con antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antagonistas de los receptores de opiáceos puede ser utilizado de manera puntual (Blais et al., 2018). En caso de que la persona experimente una crisis, el uso de benzodiacepinas de vida media larga es recomendable (Patino, 2023).

No obstante, el uso de fármacos, especialmente en personas con TLP, debe realizarse con precaución para evitar la polifarmacia. La primera línea de tratamiento debe ser la psicoterapia, que permitirá a la persona mejorar sus habilidades en la gestión de los conflictos interpersonales, complementada en los casos necesarios con los fármacos expuestos para abordar síntomas específicos (Artola et al., 2020).

CONCLUSIONES

Como se ha expuesto en el desarrollo del trabajo, el TLP es un trastorno que conlleva un nivel de complejidad elevado tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. A pesar de que los métodos diagnósticos han ido aumentando la sensibilidad y especificidad, el diagnóstico del TLP sigue generando controversia en la actualidad. Uno de los motivos es la falta de consenso entre los profesionales a la hora de establecer cuál es el instrumento diagnóstico más adecuado debido a la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos psiquiátricos, además de la variabilidad intra e interindividual de la sintomatología.

Las personas que sufren dicha psicopatología presentan dificultades a la hora de establecer sus relaciones interpersonales, mostrando una autorregulación emocional deficitaria y limitaciones en su funcionamiento diario, además de problemas sanitarios asociados y comorbilidades elevadas con otros trastornos psiquiátricos. Entre las conductas problemáticas del TLP que más visibilidad ocasionan se encuentran las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida (*NSSI*), altamente frecuentes en esta población.

Para las personas con TLP, las *NSSI* son un método rápido y de fácil accesibilidad que les ayuda a compensar las dificultades de gestión emocional que experimentan. Estas conductas cumplen diversas funciones que pueden ser múltiples y cambiar a lo largo del tiempo, entre las que destacan el alivio del malestar emocional a través del daño físico, búsqueda de sensaciones para intentar desvincularse del

sentimiento crónico de vacío, comunicación del dolor, rotura de experiencias disociativas o como método de autocastigo. Suelen comenzar en la adolescencia, entre los 12 y los 14 años, cuando las dificultades interpersonales, los estilos atribucionales negativos, el miedo al rechazo y la falta de regulación emocional que experimentan las personas con TLP se viven de manera más intensa, y suelen perdurar a lo largo del tiempo.

Con el objetivo de eliminar o al menos reducir la frecuencia de las conductas autolesivas en las personas con TLP, la efectividad de varias psicoterapias ha sido estudiadas por autores a lo largo de las últimas décadas. Todas ellas pretenden que la persona mejore sus habilidades para manejar el estrés y por consecuencia, puedan experimentar una mejor adaptación psicosocial en diversos contextos (familiar, laboral, educativo), además de reforzar los procesos de recuperación y fomentar las habilidades de afrontamiento del trastorno. No obstante, la psicoterapia que más validez recoge hasta la actualidad es la Terapia dialéctico conductual (*DBT*), basada en principios cognitivo-conductuales, donde se busca promover la aceptación y el cambio de conducta en la persona. Esto se consigue a través del entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal, de regulación emocional, de conciencia y manejo de la frustración mediante sesiones individuales, grupales y consultas telefónicas. Otras psicoterapias que también han mostrado efectividad en la reducción de las *NSSI* y sintomatología general del TLP, además de la Terapia cognitivo conductual (*TCC*), son la *MBT* y la *TFP* como psicoterapias psicoanalíticas y *STEPPS* y *SBT* como psicoterapias complementarias.

Con el fin de realizar una intervención eficaz, en casos donde la sintomatología limítrofe es grave o en situaciones de crisis el apoyo farmacológico es necesario para disminuir el riesgo que conlleva tanto para la propia persona como para su entorno y así poder obtener cambios más significativos. Las diferentes opciones de tratamiento siempre deben estar ajustadas a cada caso particular.

Con respecto a las psicoterapias expuestas, actualmente no hay estudios que constaten diferencias estadísticamente significativas acerca de que método presenta mayor eficacia en la reducción de sintomatología límite. Por ello, futuros estudios deberán continuar investigando sobre esta cuestión aumentando el número de ensayos realizados y priorizando la adherencia al tratamiento como una cuestión principal a conseguir en este tipo de intervención psicoterapéutica. Sería interesante poder comparar de manera directa diferentes tipos de psicoterapia para el tratamiento del TLP

a largo plazo en muestras más grandes y examinar la evolución en el transcurso del tiempo.

Por otra parte, debido a la gravedad y la repercusión de las *NSSI* en la población general, y concretamente en la población diagnosticada con TLP, las investigaciones futuras deben continuar profundizando en el estudio de los rasgos de personalidad y marcadores biopsicosociales para detectar qué personas con determinados rasgos psicopatológicos de la personalidad presentan una mayor predisposición para llevar a cabo las *NSSI* y así poder establecer estrategias de prevención eficaces y psicoterapias que se puedan probar en muestras de mayor tamaño tanto clínicas como comunitarias. Con respecto al efecto de las psicoterapias en la reducción de las *NSSI*, ninguna presenta diferencias significativas en comparación con el resto, por lo que es recomendable que futuros estudios realicen ensayos directos y profundicen en la eficacia de los tratamientos ya existentes a largo plazo.

REFERENCIAS

- García, M. C. (2019). Tratamiento del Trastorno límite de la personalidad con antagonistas opioides: buprenorfina, nalmefeno, naloxona y naltrexona en el tratamiento de síntomas disociativos, automutilaciones y conducta suicida. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30(148), 405-414.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v30i148.122>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1002/wps.21156>
- Páramo, Í. A., Díaz-Marsá, M., González, M. D. S., & Perera, J. L. C. (2021). Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas autolíticas en el trastorno límite de personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 28(1), 43-45.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.11.001>
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 711-728.
- Chiclana-Actis, C. (2021). *Trastornos de la personalidad: expresión dimensional del diagnóstico categorial*. Universidad de Navarra
- Rodríguez Fleitas, G., & Betancor Alonso, C. D. J. (2018). Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica. *Publicaciones Didácticas*, 91(1), 5-41.
- Contero, M. D. C. M., Marrodán, I. Á., & Isisarri, M. G. (2019). Experiencia piloto del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) para el Trastorno Límite de la Personalidad en el Servicio Navarro de Salud. *European Journal of Health Research*, 5(2), 85-97.
- Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for borderline personality disorder: Does the type of treatment make a difference? *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7, 416-428.
- Patino, L. L. (2023). Tratamiento psicológico del trastorno límite de la personalidad. *NPunto*, 6(62), 27-48.
- Gamba, F., Graziola, M., Marino, J., Urgorri, M., & Castellaro, M. (2020). Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 23, 11-20.

- Suárez-Colorado, Yuly, & Camacho-Rodríguez, Doriam. (2023). Autolesiones no suicidas y trastorno límite de la personalidad en adolescentes: scoping review. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 61(2), 221-230.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272023000200221>
- Faura-García, Juan, Calvete Zumalde, Esther, & Orue Sola, Izaskun. (2021). Autolesion no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. Epub 06 de junio de 2022.<https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Artola, C. B., Solórzano, N. G., & Matamoros, D. O. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), 5.
- Blais, M., Smallwood, P., Groves, J., Rivas-Vasquez, R., & Hopwood, C. (2018). *Personalidad y trastornos de la personalidad*. SNC Pharma.
- Tarragona-Medina, B., Pérez-Testor, C., & Ribas-Fitó, N. (2018). Autolesiones sin finalidad autolítica: Una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y adolescente*, 67-90.
- Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., Pérez, V., & Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos = Non-suicidal self-harm in adolescents: A review of psychological treatments. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51–61.
- Alberdi-Páramo, Í., Díaz-Marsá, M., Sáiz González, M. D., & Carrasco Perera, J. L. (2021). Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: Un estudio retrospectivo = Association between non-suicidal self-injury and suicidal behavior in borderline personality disorder: A retrospective study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(5), 199–204.
- Juanmartí, F. B., & Lizeretti, N. P. (2017). The efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: A review. *Papeles Del Psicólogo*, 38(2), 148–156.
- Vanegas Pérez, G., Barbosa González, A., & Pedraza Manuel, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159–176. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>
- Blaha, Y., Cavelti, M., Lerch, S., Steinhoff, A., Koenig, J., & Kaess, M. (2024). Risk-taking and self-harm behaviors as markers of adolescent borderline personality

- disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1007/s00787-023-02353-y>
- Vega, D., Torrubia, R., Soto, À., Ribas, J., Soler, J., Pascual, J. C., Rodríguez-Fornells, A., & Marco-Pallarés, J. (2017). Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Research*, 256, 403–411. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1016/j.psychres.2017.07.008>
- Prada, P., Perroud, N., Rüfenacht, E., & Nicastró, R. (2018). Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. *Frontiers in psychology*, 9, 2595. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02595>
- Briones-Buixassa, L., Alí, Í., Schmidt, C., Nicolaou, S., Pascual, J. C., Soler, J., & Vega, D. (2021). Predicting non-suicidal self-injury in young adults with and without Borderline Personality Disorder: A multilevel approach combining ecological momentary assessment and self-report measures. *Psychiatric Quarterly*, 92(3), 1035–1054. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1007/s11126-020-09875-7>
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Frontiers in psychiatry*, 11, 580922. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.580922>
- McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwachai, W., & Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC psychiatry*, 18(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z>
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>
- Traynor, J. M., McMain, S., Chapman, A. L., Kuo, J., Labrish, C., & Ruocco, A. C. (2023). Pretreatment cognitive performance is associated with differential self-harm outcomes in 6 v 12-months of dialectical behavior therapy for borderline

- personality disorder. *Psychological Medicine*. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1017/S0033291723003197>
- Pape, V. R., Braun, S., Peters, S., Stingl, M., Tucha, O., & Sammer, G. (2023). The riddle of deliberate self-harm: Physiological and subjective effects of self-cutting cues in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Personality and mental health, 17*(4), 328–351. <https://doi.org/10.1002/pmh.1583>
- Fulham, L., Forsythe, J., & Fitzpatrick, S. (2023). The relationship between emptiness and suicide and self-injury urges in borderline personality disorder. *Suicide & life-threatening behavior, 53*(3), 362–371. <https://doi.org/10.1111/sltb.12949>
- Scheunemann, J., Kühn, S., Biedermann, S. V., Lipp, M., Peth, J., Gallinat, J., & Jelinek, L. (2023). Implicit cognitions on self-injurious and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 79*, 101836. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101836>
- Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W., & Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 28*(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and anxiety, 33*(6), 520–530. <https://doi.org/10.1002/da.22472>
- Homan, K. J., Sim, L. A., Fargo, J. D., & Twohig, M. P. (2017). Five-year prospective investigation of self-harm/suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personality disorders, 8*(2), 183–188. <https://doi.org/10.1037/per0000169>
- Williams, G. E., Daros, A. R., Graves, B., McMain, S. F., Links, P. S., & Ruocco, A. C. (2015). Executive functions and social cognition in highly lethal self-injuring patients with borderline personality disorder. *Personality disorders, 6*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1037/per0000105>

Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016). Validation of the Spanish version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(4), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>